

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 24 décembre 1900 à 1 heure

PAR

Raymond-Louis COSTE

ÉTUDE

DE QUELQUES CAS RARES D'HÉMATOMES

DE LA FOSSE ILIAQUE DROITE

Ayant simulé l'appendicite

Président M. TILLAUX *Professeur.*

Juges MM. { PINARD *Professeur.*
VARNIER, *Agrégé*
LEGUEU, *Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

1900

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1900

142
N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 24 décembre 1900 à 1 heure

PAR

Raymond-Louis COSTE

ÉTUDE

DE QUELQUES CAS RARES D'HÉMATOMES

DE LA FOSSE ILIAQUE DROITE

Ayant simulé l'appendicite

Président M. TILLAUX Professeur.

Juges MM. { PINARD, Professeur.
VARNIER, Agrégé.
LEGUEU, Agrégé.



Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

1900

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen
Professeur-honoraire
Professeurs

M. BROUARDEL
M. POTAIN.
MM.

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie organique et chimie minérale
 Histoire naturelle médicale
 Pathologie et thérapeutique générales
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Opérations et appareils
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie
 Pathologie comparée et expérimentale

FARABEUF.
CH. RICHT
GARIEL.
GAUTIER.
BLANCHARD.
BOUCHARD.
HUTINEL.
N.....
LANNELONGUE
CORNIL.
MATHIAS DUVAL.
BERGER.
POUCHET.
LANDOUZY.
PROUST.
BROUARDEL.
BRISAUD.
CHANTEMESSE.

Clinique médicale.....

Clinique des maladies des enfants.....
 Clinique des maladies syphilitiques.....
 Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en-
 céphale.....
 Clinique des maladies nerveuses.....

DEBOVE.
JACCOUD.
HAYEM.
DIEULAFOY.
GRANCHER.
FOURNIER.

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique
 Clinique des voies urinaires.....
 Clinique d'accouchement.....

JOFFROY.
RAYMOND
TERRIER.
DUPLAY.
LE DENTU
TILLAUX.
PANAS.
GUYON.
PINARD
BUDIN.

Agrégés en exercice

MM.
ACHARD.
ALBARRAN.
ANDRÉ.
BONNAIRE.
BROCA Auguste.
BROCA André.
CHARRIN.
CHASSEVANT.
DELBET.
DESGREZ.

MM.
DUPRÉ.
FAURE.
GAUCHER.
GILLES DE LA
TOURETTE.
HARTMANN.
LANGLOIS.
LAUNOIS.
LEGUEU.
LEJARS.

MM.
LEPAGE.
MARFAN.
MAUCLAIRE.
MENÉTRIÉR.
MÉRY.
ROGER.
SEBILEAU.
TEISSIER.
THIERY.

MM.
THIROLOIX.
THOINOT.
VAQUEZ.
VARNIER.
WALLICH.
WALTHER.
WIDAL.
WURTZ.

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine

Membre de l'Académie de médecine

Chirurgien de la Charité

Commandeur de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Dans le service de M. le professeur Duplay, il nous fut donné d'observer un malade qui, à son entrée, paraissait atteint de l'appendicite le mieux caractérisée. Cette appendicite, évoluant nettement vers l'enkystement et le « refroidissement » de la collection périappendiculaire, l'intervention d'urgence fut repoussée. Le malade ne fut opéré qu'au bout de deux semaines d'apyrexie. Au lieu de la poche purulente qu'on s'attendait à trouver, le bistouri tomba sur un volumineux hématome de la fosse iliaque en voie de résorption. L'état de santé du malade avait été parfait avant l'apparition de la collection ; l'interrogatoire le plus minutieux n'apprenait rien qui pût expliquer l'apparition de cet hématome ; celui-ci paraissait être « spontané ».

Un tel cas nous ayant paru avoir été rarement observé, nous avons consciencieusement recherché dans la littérature médicale s'il n'existait pas de cas analogues.

Nous n'en avons trouvé que deux : l'un publié par M. Walther dans la « Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale de Pozzi », année 1897 ; l'autre, dont l'observation résumée se trouve dans la thèse d'agrégation

tion de M. Bouilly, année 1880, et qui est due à Dussler de Karlsruhe, a été publié dans les « *Aerztliche Mittheilungen aus Baden*, 1874 ».

Dans ces deux derniers cas l'étiologie est nette, il s'agit d'une grossesse extra-utérine rompue aux environs du deuxième mois.

Dans le cas rappelé par Bouilly, la rupture eut lieu de telle sorte que la loge de Retzius fut envahie et le sang, décollant le péritoine, s'infiltra jusque dans les flancs. L'erreur ici était facile à éviter en raison de la symétrie de la tumeur, de sa forme triangulaire à base inférieure, à sommet supérieur répondant à l'ombilic et dont les bords obliques, répondant aux artères ombilicales, traçaient les limites de l'aponévrose ombilico-prévésicale et de la cavité de Retzius.

Dans le cas rapporté par M. Walther, il s'agit encore d'une grossesse extra-utérine, variété tubaire, rompue de telle sorte que le sang s'accumula dans la fosse iliaque droite, remontant en dehors du cœcum, devant le rein, jusque sous le foie, et simulant d'une façon parfaite l'appendicite avec abcès périappendiculaire. M. Walther, après avoir fait des recherches sur ce point, affirmait que son cas était, jusque-là, unique dans la science.

Nous avons pu lui en trouver un semblable, et ajoutant à ces deux là le cas de M. Bouilly, qui, à la rigueur, rentre dans notre sujet, nous nous proposons de tracer à grands traits l'histoire de ces hématomes, non traumatiques, spontanés, au moins en apparence, de la fosse iliaque.

Mais avant d'aborder l'étude de notre sujet, qu'il nous

soit permis d'adresser à tous nos maîtres dans les hôpitaux l'expression de notre gratitude pour les conseils et les enseignements qu'ils nous ont prodigués pendant la durée de nos études.

M. le professeur Tillaux nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous le prions de bien vouloir agréer l'expression de notre respectueuse reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CHAPITRE PREMIER

Pathogénie.

Quelle peut être l'origine de la collection sanguine, apparue brusquement dans la fosse iliaque droite chez le malade que nous avons observé dans le service de M. le professeur Duplay (Obs. II) ?

Remarquons que le début de l'affection a été subit, simulant à s'y méprendre celui d'une appendicite. Brusquement, chez un homme n'ayant jamais souffert de l'abdomen, chez lequel aucun organe ne peut être suspecté, un épanchement sanguin abondant se fait dans la fosse iliaque et s'accompagne d'une violente réaction péritonéale.

Une rupture vasculaire peut expliquer la soudaineté du début. Rupture artérielle, rupture veineuse : telles sont donc les deux hypothèses possibles qui se présentent d'abord à l'esprit.

Nous n'hésitons pas à rejeter l'hypothèse d'une rupture artérielle. Un anévrysme siégeant sur l'iliaque externe et rompu largement aurait amené une inondation périto-

néale foudroyante. Nous savons, il est vrai, qu'un anévrysme artériel, avant sa rupture complète, se fissure souvent petit à petit et donne lieu à des hémorragies qui peuvent être minimales, progressives et intermittentes. Le caillot se transforme, sa fibrine se durcit, forme à sa périphérie une paroi résistante, préparant ainsi la transformation de l'anévrysme circonscrit en anévrysme diffus. Ne nous trouverions-nous pas en présence d'une pareille filiation de phénomènes?

Non certes, et cette hypothèse est inadmissible dans le cas présent. Un anévrysme développé sur l'iliaque externe aurait vite entraîné des troubles de compression des organes avoisinants. Puis son évolution aurait continué après l'incision de la poche sanguine para-artérielle. Or nous ne notons dans l'observation de notre malade rien de semblable. Le malade avait toujours joui d'une santé parfaite, sa guérison fut absolue; il quitta l'hôpital sans aucun trouble quelconque de son membre inférieur droit.

Nous ne nous arrêterons pas à l'existence d'un anévrysme d'une artère de moyen calibre, l'épigastrique ou une artère du psoas par exemple. Un pareil anévrysme ne pouvait être qu'accidentel; or le malade n'accuse dans son histoire aucun traumatisme.

Reste l'hypothèse d'une rupture veineuse.

On sait que, pour expliquer l'hématocèle pelvienne chez la femme, Richet invoquait, comme mode pathogénique exclusif, la rupture du plexus utéro-ovarien dilaté, comme le sont les veines pelviennes et les veines des membres inférieurs du fait de la grossesse. Cette théo-

rie pathogénique est fausse pour l'immense majorité de hématoécès; il ne paraît pas invraisemblable que, sous l'influence d'un excès de pression vasculaire, dû à un effort passager, une rupture se fasse dans les veines variqueuses du plexus utéro-ovarien. Cette rupture d'ailleurs doit être très rare. M. Legueu analysant de plus près les cas de Richet admet que, jusqu'à présent, il n'a été publié aucun cas de rupture veineuse vraiment authentique ayant produit une hématoécès.

Si donc la rupture d'une veine utéro-ovarienne variqueuse n'a jamais été constatée d'une manière indiscutable, il est bien probable qu'il doit en être de même de la rupture de leurs homologues chez l'homme, les veines spermatiques. Cependant on a cité des cas de rupture spontanée des veines du cordon, coïncidant avec un varicocèle. Mais dans les quelques cas dont les classiques font mention, la rupture avait toujours eu lieu dans la portion scrotale.

Pouvons-nous chez notre malade incriminer cette cause? Notons d'abord que le varicocèle siège le plus souvent à gauche. Puis notre malade soigneusement examiné à ce point de vue ne présente rien d'anormal dans ses régions funiculaires droite et gauche. Les veines de ses membres inférieurs sont, elles aussi, normales. Il nous faudrait donc admettre, pour que la cause de notre hématome fût telle, que les veines spermatiques droites eussent été variqueuses seulement au niveau de leur portion abdominale, hypothèse bien invraisemblable et d'ailleurs impossible à vérifier absolument.

Une autre hypothèse doit être discutée : celle de la

rupture d'un muscle. Dans l'immense majorité des cas, on pourrait dire toujours, ce sont les grands droits qui sont en cause. Tantôt c'est l'effort seul qui produit la rupture, ainsi que cela se voit surtout dans le mouvement de monter à cheval ; tantôt c'est une maladie générale grave qui a préparé le terrain en altérant la structure de la fibre musculaire et c'est la dothiémentérie qui a, on pourrait dire, le monopole de ces sortes d'altérations (dégénérescence vitreuse et cireuse de Zenker).

Là encore la rupture porte surtout sur les droits, mais elle peut siéger sur d'autres muscles et (le fait est important pour le cas qui nous occupe) Virchow a vu le psoas en être atteint.

On sait enfin que, à la suite de la dothiémentérie, il peut se faire des hématomes musculaires que l'on a rattachés pendant longtemps à des ruptures fibrillaires et que des études plus approfondies (Hayem, Popoff) ont montré relever du processus qu'entraîne l'infection Eberthienne, processus habituellement plus accusé au niveau de certains départements de l'arbre artériel : aorte, tibiale postérieure, etc.

Pouvons-nous chez notre malade incriminer comme cause de l'hématome, soit une rupture musculaire, soit un épanchement par artérite, localisée ; l'un et l'autre processus relevant de la dothiémentérie.

L'interrogatoire de notre malade ne nous a rien appris de semblable. Il a été frappé en pleine santé, brusquement, et l'hypothèse d'une dothiémentérie doit être rejetée avec d'autant plus de certitude, que ces accidents ne se

voient que pendant une période courte, au troisième et quatrième septénaire et au début de la convalescence.

Quant à la rupture des droits, elle amène un envahissement sanguin de la loge musculaire. La forme de la collection est celle d'un triangle à base inférieure ; la figure est symétrique. Si la fosse iliaque est envahie secondairement, la tumeur principale siège cependant au-dessus du pubis.

Enfin la rupture du psoas, elle aussi, donnerait au point de vue objectif d'autres symptômes du côté du membre inférieur, que ce muscle fût paralysé ou contracturé (flexion, abduction, rotation en dehors). De plus la tumeur ne manquerait pas d'apparaître à la racine de la cuisse.

La rupture musculaire ou l'artérite post-typhique ne peuvent donc pas être incriminées.

Une dernière hypothèse reste à discuter : celle d'un hématome par pachypéritonite. Mais la pachypéritonite n'est pas primitive. Personne n'admet plus actuellement les idées de Virchow pour qui la pachypéritonite, comme la pachypleurite, la pachyméningite, étaient primitives et l'épanchement secondaire. Sans doute, on peut voir des épanchements péritonéaux, pleuraux, arachnoïdiens hémorragiques ; mais l'épanchement traduit la réaction du péritoine à une inflammation chronique d'un viscère sous-jacent. Or rien dans les antécédents du malade n'attire l'attention sur un des organes de la fosse iliaque ou du petit bassin.

Aucune des hypothèses précédentes ne nous satisfait

donc. Ni une rupture vasculaire, ni une rupture musculaire, ni le traumatisme ne peuvent cadrer avec l'histoire de notre malade. L'hypothèse la moins invraisemblable serait celle d'une rupture d'un plexus spermatique variqueux ; mais rien ne nous a permis de la vérifier.

CHAPITRE II

Symptomatologie

Le début brusque en pleine santé, voilà ce qui frappe à la lecture des trois observations que nous donnons. Chez le malade que nous avons suivi, elle débuta dans la partie gauche de l'abdomen ; chez la malade de M. Walther, elle fut d'abord généralisée à tout l'abdomen sans qu'il y eût prédominance à droite.

Ces deux modes de début peuvent se voir dans l'appendicite. La douleur de l'appendicite peut en effet siéger dans la fosse iliaque gauche, être prédominante au niveau de l'ombilic ou être généralisée à tout l'abdomen. Il semble qu'une sensation douloureuse, partie d'un point limité de l'abdomen, mette en jeu par « synalgie réflexe » pour rappeler le mot de Guyon, l'état de souffrance des autres régions péritonéales et ce qui expliquerait la fréquence de la douleur maximum au niveau de l'ombilic serait, d'après Trèves, la présence du plexus solaire dans cette région.

Quant à la constipation, aux vomissements, au météo-

risme, ce sont là des modes de réaction péritonéale banals sur lesquels il est inutile d'insister.

En même temps que la douleur se localise à la fosse iliaque, la tuméfaction apparaît. C'est un empâtement dont la périphérie échappe à une limitation nette en raison de la contracture des parois sous la main qui palpe.

La réaction générale se traduit par la fièvre et l'accélération du pouls. La malade de M. Walther eut jusqu'à 40° quatre jours avant l'intervention. A l'incision, cependant, il ne s'écoula que du liquide « noirâtre puis rouge », dit l'observation. Il est donc hors de doute que le contenu de la poche n'était pas infecté.

Chez le malade que nous avons observé dans le service de M. le professeur Duplay, la courbe de la température a été des plus instructives. Pendant les deux jours qui suivent l'arrivée dans le service, elle oscille entre 38° et 39° pour redevenir normale le quatrième jour et rester telle pendant une dizaine de jours. A l'incision du kyste, le sang qui s'écoula ne semblait pas avoir été infecté. Sans doute, il était altéré, l'hémoglobine des globules rouges avait été mise en liberté par la destruction de ceux-ci et avait coloré toute la masse d'une façon diffuse; mais aucune portion du liquide ne présentait l'aspect puriforme; il était bien homogène et ne présentait aucune mauvaise odeur.

Dans l'observation III l'hématome s'était infecté.

Quelle peut donc être la cause de cette élévation de température en l'absence de toute infection de l'épanchement? Il ne nous semble pas douteux qu'il s'agisse là

de fièvre aseptique produite par les réactions réciproques de corps aussi complexes, au point de vue chimique, que ceux qui composent une masse de tissu sanguin frappée de mort.

On pourrait rapprocher cette fièvre de celle que l'on voit à la suite de gangrène sèche par embolie, par exemple, alors qu'il n'est pas douteux que la masse gangrenée n'est le siège d'aucune pullulation microbienne. D'ailleurs la formation d'un hématome, dans lequel les éléments constitutants sont bientôt frappés de mort — le sang ne se conservant vivant que dans les vaisseaux — n'est qu'une mortification limitée d'un tissu.

Plus difficile est l'interprétation de l'apyrexie observée ensuite chez le malade de l'Hôtel-Dieu. Faut-il admettre que l'épanchement a été l'objet d'une infection passagère et atténuée, suffisante pour amener une réaction fébrile, insuffisante pour aboutir à la purulence ? Le fait est bien improbable. Dans l'épanchement ainsi constitué, véritable bloc de tissu mort, tout représentant de la flore bactérienne de l'intestin — car ce n'est que par l'intestin que l'infection aurait pu se faire — aurait trouvé un merveilleux terrain de culture. On sait d'ailleurs avec quelle facilité s'infectent les hématomes, surtout lorsqu'ils ont pour siège une séreuse et quelle intensité de réaction ils provoquent.

Revenons maintenant aux signes objectifs. Rien de spécial ne nous semble ici à noter. Une tuméfaction emplit la fosse iliaque. Son volume est difficile à délimiter en raison de la contracture de la paroi et des adhérences molles qui se sont formées à la périphérie.

L'hyperesthésie de la paroi, la rénitence profonde sont les mêmes que dans toute collection suppurée profonde de l'abdomen.

Quant aux signes de compression, ils sont absolument nuls. On constate seulement un peu de constipation due à la parésie intestinale, inséparable de la réaction de la séreuse. Dans l'observation III la malade est prise de diarrhée profuse. Mais cette malade était profondément infectée; la tuberculose pulmonaire hâte sa fin. La diarrhée nous apparaît donc ici annexée à un syndrome d'infection et d'intoxication profondes.

CHAPITRE III

Marche. — Durée. — Terminaison.

Etudions d'abord les phénomènes qui se passent lorsque l'épanchement reste aseptique. Si l'épanchement est en petite quantité, il est hors de doute qu'il peut se résorber. C'est Vulpian qui, le premier, a démontré le fait d'une façon nette. Il injectait dans le péritoine de chiens une certaine quantité de sang défibriné, sacrifiait les animaux un temps variable après cette intervention et étudiait les modifications produites. Il vit ainsi que de petites quantités de sang, 50 grammes environ, se résorbent en quelques heures, presque sans laisser de traces. Cependant, il est habituel de trouver une coloration brunâtre ou noirâtre siégeant soit sur la surface de l'intestin, soit sur les épiploons. Cette pigmentation est caractérisée par des granulations amorphes confluentes ou disséminées ayant toutes les réactions de l'hématoïdine.

Ce fait met bien en évidence le rôle « phagocytaire » des endothéliums des séreuses, rôle sur lequel insiste tant Metchnikoff dans son livre sur l'inflammation. Tout

le monde a devant les yeux la figure qu'il donne d'un capillaire hépatique chez un porc atteint de rouget. On y voit la cellule endothéliale, formant la paroi capillaire, gorgée de bâtonnets. Rappelons aussi que, pour Metchnikoff, les cellules endothéliales, qu'il s'agisse de capillaires, ou d'une grande séreuse, plèvre ou péritoine, sont mobiles, qu'elles peuvent envoyer des pseudopodes qui vont s'emparer du corps étranger.

Quoi qu'il en soit de cette mobilité un peu hypothétique et sur laquelle les histologistes et les pathologistes ne semblent pas avoir beaucoup insisté depuis, il est évident que les cellules de la séreuse péritonéale absorbent partiellement l'épanchement et qu'elles font subir à ses parties constituantes des modifications qui les rendent absorbables et diffusibles, qu'en un mot elles le digèrent.

Cornil et Ranvier étudiant par le même procédé (injection de sang défibriné dans le péritoine du rat) les modifications des cellules plates de la séreuse ont noté « leur gonflement, l'état sphérique et leur prolifération, la pénétration des globules rouges fragmentés ou en masse dans l'intérieur de ces cellules, l'accumulation de cellules lymphatiques qui absorbent des hématies entières ou par fragments, enfin la formation d'un exsudat fibrineux. Les modifications subies par les globules rouges sont très analogues à celles que l'on observe en chauffant le sang à 58°. Ils se décomposent en globules sphériques, colorés, réfringents, parfaitement reconnaissables et que l'on peut observer dans leurs différents états de division ».

Mais les cellules endothéliales ne sont pas les seules

ouvrières de ce travail de résorption ; y prennent part aussi les lymphatiques qui s'ouvrent dans les séreuses. Les cellules lymphatiques, dans les cas d'épanchement sanguin liquide péritonéal, se mobilisent avec une extrême rapidité. Ces cellules lymphatiques sont surtout constituées par des éléments volumineux de 15 à 20 μ de diamètre, les macrophages. Nous n'avons pas eu l'occasion d'étudier leur mode de réaction dans les hématomes de la séreuse péritonéale, mais il nous a été donné d'étudier un cas d'hémorrhagie rapidement mortelle due à la rupture d'un anévrysme de l'aorte dans une bronche. Le sang épanché dans les alvéoles est résorbé par un processus presque identique à celui par lequel est résorbé un épanchement sanguin dans une séreuse. Les cellules à « poussières » des alvéoles ne sont en effet autre chose que des macrophages. Nous avons vu ces cellules se porter vers les globules sanguins, attirés vers eux par une « chimiotaxie positive », pour employer le terme courant. Les macrophages englobent les globules rouges et suivant l'ancienneté du processus, on suit les étapes de la rapide destruction du globule. Ces macrophages sont ensuite repris par les capillaires lymphatiques et, ainsi que nombre d'auteurs l'ont observé, on les retrouve quelques jours après en grand nombre dans le foie et surtout la rate. Ils sont reconnaissables aux nombreuses granulations de pigment ferrique contenues dans leur protoplasme. Ce pigment en effet, traité par l'acide chlorhydrique et le ferrocyanure de potassium, donne la réaction caractéristique du bleu de Prusse, et traité par l'acide sulfurique, il devient noir par la formation de sulfure de fer.

Tels sont les phénomènes qui se passent quand le sang reste liquide. Lorsqu'il se coagule, d'autres modifications se produisent.

Tout d'abord, cette coagulation n'est pas fatale. Et sans reprendre ici dans tous ses détails l'historique de la question de la coagulation du sang dans les séreuses, nous devons cependant l'indiquer brièvement.

C'est Trousseau et Leblanc qui, les premiers, firent des expériences sur ce sujet. Ils introduisaient par un entonnoir (technique tout à fait défectueuse) une grande quantité de sang dans la plèvre d'un cheval, et constataient sa coagulation immédiate.

Ch. Nélaton (thèse 1880) accepte en partie les idées de Trousseau : « Il faut, dit-il, admettre la coagulation presque totale et immédiate de la masse sanguine épanchée, mais il faut savoir aussi que, dès que le coagulum est formé, il se rétracte progressivement en exprimant sa sérosité. » Ce phénomène, pour Nélaton, est rapide, il se fait en quelques heures. Dès lors, on trouve dans la séreuse, un caillot d'une part, et un épanchement séreux d'autre part. Que vont-ils devenir ?

La sérosité se résorbe rapidement et, en quelques jours, il n'en subsiste plus trace ; reste le caillot. A sa périphérie, le processus réactionnel de la séreuse est intense. Cette membrane se vascularise ; en même temps le caillot se modifie ; à sa périphérie, se forme une membrane jaunâtre, dure, qui est de la fibrine condensée. En quelques jours, cette membrane atteint une épaisseur de plusieurs millimètres et est douée d'une assez grande résistance. C'est à ce moment que l'on voit des bourgeons vascu-

lares se détacher de la séreuse et pénétrer la coque fibreuse; le caillot « s'organise ».

Ces capillaires de nouvelle formation pénètrent la masse coagulée, ils la résorbent et, leur rôle fini, régressent et disparaissent. Sur des chiens, ayant reçu, dans la plèvre 300 grammes de sang, et sacrifiés au neuvième jour, Nélaton n'a trouvé que quelques petits placards jaunâtres et brunâtres que l'examen histologique a montré être des lacis de capillaires néoformés, gorgés de globules rouges altérés, provenant de l'épanchement.

Nélaton croyait que, dans les cas de grands épanchements dans la cavité pleurale, la plèvre, irritée, réagissait et sécrétait un exsudat qui, se mêlant à la sérosité due à la rétraction du caillot, retardait la résorption de ce dernier. Il nous semble que la présence d'un épanchement, séreux abondant dû à la réaction pleurale est plutôt sous la dépendance d'un léger état d'infection, que lié à l'abondance de l'hématome. Cependant, il est certain que la simple réaction séreuse aseptique peut donner naissance à un léger degré d'épanchement séreux, mais celui-ci ne saurait retarder la résorption de l'exsudat provenant du caillot, ainsi que le croyaient Nélaton et ses contemporains. Ceux-ci, en effet, n'avaient aucune idée sur l'infection des séreuses. Les gros épanchements suppurent plus souvent que les petits parce que le traumatisme nécessaire à leur production est plus considérable et rend plus grandes les chances d'infection.

Tout épanchement, quelle que soit son abondance, s'il est aseptique, s'enkyste par le processus que nous avons

décrit et se résorbe d'autant plus lentement qu'il est plus volumineux. C'est ainsi que les faits se sont passés dans les observations I et II. Une poche épaisse, résistante, adhérente aux anses intestinales, limitait la collection et l'incision donna issue à un mélange de sang liquide et de caillots.

La nécessité de la coagulation de la masse totale d'un épanchement sanguin dans une séreuse ne doit pas, en effet, être prise pour un théorème. Remarquons d'abord que les expériences de Trousseau et Leblanc, de Nélaton, qui firent longtemps foi dans la science, furent faites sur des chiens. Or, certains auteurs ont prétendu que le sang de l'homme se coagule moins vite que celui du chien. De plus chacun sait que la coagulation d'une masse sanguine, recueillie dans un vase dont les parois ont été lubrifiées par une couche de vaseline, se fait avec une extrême lenteur; un segment de jugulaire, isolé entre deux ligatures, conserve pendant 24 heures son contenu liquide. Il semble donc que l'état lisse ou rugueux des parois joue un rôle fondamental dans la coagulation du sang. Or, l'endothélium des séreuses est très semblable sous ce rapport à l'endothélium des vaisseaux et l'on comprend que du sang épanché peut y rester longtemps liquide.

Les acquisitions faites en ces derniers temps en pathologie cellulaire et en chimie ont montré l'extrême complexité des phénomènes qui se produisent dans la coagulation du sang.

Dans sa leçon d'ouverture du 7 décembre 1898, le professeur Chantemesse, étudiant le rôle des globules

blancs dans ces phénomènes, rappelle l'expérience suivante : Si, dans le segment de jugulaire lié, segment dans lequel les parties se sont séparées suivant leur ordre décroissant de densité : globules rouges au fond, puis leucocytes et enfin plasma nageant au-dessus de tout, on fait des ligatures séparées, de façon à isoler les trois éléments ci-dessus ; si ensuite, puisant avec une pipette, dans l'amas des globules rouges, puis dans celui des globules blancs, on en dépose une trace dans la masse de sérum restée liquide, on voit que l'émulsion de globules blancs coagule très vite ce sérum, alors que celle de globules rouges ne le coagule que lentement.

M. Chantemesse conclut donc : « Tant que le leucocyte a conservé sa vitalité dans le sang, la coagulation n'a pas eu lieu ; elle a fait suite au contraire à la destruction du globule blanc. Aussi le sang de l'homme se coagule-t-il en trois ou quatre minutes, tandis que celui des animaux, dont les leucocytes sont plus vivaces, ne commence à se coaguler qu'au bout d'un quart d'heure.

« Le globule blanc renferme donc une substance (fibrine-ferment de Schmidt, plasmase de Duclaux) qui agissant sur une substance albuminoïde du plasma sanguin, la transforme en fibrine coagulée. Comme les leucocytes sont répandus dans tous les organes, ou devrait obtenir des coagulations avec les liquides de macération de tous les organes. L'expérience montre, en effet, qu'il en est ainsi avec le produit de la macération du thymus, du testicule, du muscle, de globules blancs et même de globules rouges. Il est cependant des organes qui pourraient

être considérés comme privés de plasmase, si on ne supposait que les propriétés de celle-ci ont été masquées par la présence de diastases coagulantes ou de divers sels.

« La condition essentielle de la coagulation dans le sang circulant ou dans le sang reçu dans un vase réside donc dans la présence d'un double phénomène : la mise en liberté, par destruction des globules blancs, de la plasmase, et l'absence de toute action secondaire qui contrebalance l'action plasmatique.

« A l'état normal, dans le sang des vaisseaux et même dans le sang immobilisé entre deux ligatures dans la veine jugulaire du cheval, les leucocytes sont en contact avec une paroi lisse, ils glissent sur elle sans contracter aucune adhérence, c'est-à-dire, sans modifier beaucoup leur tension superficielle, sans permettre l'exosmose de leur diastase. C'est pour cela que le sang très coagulable garde longtemps son état liquide quand on le reçoit, comme l'a montré Freund, dans un vase dont les parois sont recouvertes de vaseline ».

Ainsi un ferment spécial, la plasmase, contenu dans les globules blancs, exerce une action coagulante sur une albuminoïde du plasma. Mais la présence de certaines substances retarde ou même empêche cette action. Ainsi le sang oxalaté ne se coagule plus. L'addition de chlorure de calcium faisant apparaître aussitôt le coagulum, il faut en conclure que la plasmase n'a pas été détruite par l'oxalate, mais que son action a été simplement empêchée par la présence de ce sel.

Chose curieuse, dans les globules blancs existe une

autre substance, la « thrombase » de Duclaux, qui exerce, à l'inverse de la « plasmase », une action liquéfiant sur le coagulum fibrinex.

Les chimistes et les physiologistes ont essayé d'isoler ces substances. Lilienfeld a pu retirer d'un extrait aqueux de globules blancs une substance mal définie qu'il a appelée nucleo-histone ; elle ne semble pas être un composé bien défini et se dédouble, avec la plus grande facilité, en deux corps très dissemblables : la nucleine, qui semble identique à la plasmase et a un rôle coagulant, et l'histone, qui se rapproche beaucoup par ses propriétés anticoagulantes, de la thrombase.

Ces données montrent combien est difficile à éclaircir l'évolution d'un épanchement sanguin dans le péritoine pour le cas qui nous occupe. La complexité de ce processus nous fait supposer qu'il doit présenter de grandes variations suivant une foule de circonstances que nous ne pouvons pas apprécier. Il est hors de doute que des épanchements sanguins dans une séreuse, plèvre ou péritoine, se coagulent immédiatement dans certains cas (certaines expériences de Nélaton, de Trousseau en font foi) tandis qu'ils restent longtemps liquides dans d'autres cas. C'est ainsi que chez un homme atteint d'hémithorax, opéré par M. Gangolphe, 24 heures après le traumatisme, le sang fut trouvé absolument liquide ; il n'y avait pas trace d'infection.

Il est hors de doute que le poli des séreuses péritonéales ou pleurales agit comme la couche de vaseline, dans l'expérience de Freund, et retarde la coagulation d'un certain nombre d'heures. Remarquons enfin que la

coagulation relève d'une réaction du fibrinogène du sang, en présence d'un ferment complexe, sécrété par certains groupes de globules blancs ; rappelons-nous les larges variations individuelles dans le nombre total des globules, dans leurs proportions relatives, dans leurs réactions intimes, témoin ces hémophiles, dont la fluidité du sang obéit à des causes absolument inconnues, et concluons qu'il y a, dans le mode de réaction du péritoine d'un individu vis-à-vis d'un épanchement de sang, des différences qu'on ne peut prévoir puisqu'elles relèvent de conditions qui ne commencent qu'à être soupçonnées et qui sont loin d'être connues.

Quoi qu'il en soit, les modifications objectives, que l'on note dans le cas d'hématome péritonéal en résolution aseptique, sont les suivantes : la masse tout d'abord mollassse, pâteuse, difficile à palper en raison de la contracture réflexe des muscles abdominaux, se modifie et précise ses contours, tant à cause de la coagulation de son contenu et de la formation de cette enveloppe fibreuse adhérente aux organes voisins, que de la diminution de la contracture des muscles de la paroi par suite de la cédation de la douleur.

Quelques jours après l'accident initial, cette masse, bien limitée, offre une consistance rénitente ferme et son incision, à cette période, donne issue à un mélange de caillots mous, « passifs », pour employer ici la terminologie en usage dans la description du caillot des anévrysmes, et du sang non coagulé ; tandis que la poche blanchâtre, résistante, peut être explorée par le doigt qu'elle arrête.

A une date plus lointaine, la consistance est devenue plus ferme. Ce résultat est obtenu au bout de deux ou trois mois. A une époque encore plus avancée, la consistance est devenue franchement dure, ligneuse; c'est la sensation que l'on obtient dans ces vieilles hématoécèles rétro-utérines datant de plusieurs mois.

L'organisation de cette masse se fait lentement, elle se vascularise, les plans séreux à son contact sont épaissis et une symphyse, due à du tissu fibreux qui, avec le temps, devient de plus en plus dur, unit les surfaces en présence. Une cicatrice, teintée en jaune ou en brun, marque la trace de l'épanchement ancien et le microscope permet d'y reconnaître des cristaux de bilirubine produits de transformation de l'hémoglobine.

Passons maintenant au cas où l'hématome péritonéal s'infecte. Cette infection se réalise par la pénétration à travers la couche fibrineuse de germes venus de l'intestin, en éliminant, bien entendu, les cas où l'hématome a succédé à une plaie pénétrante. Cette infection se réalise à date variable, tantôt peu d'heures, tantôt plusieurs jours ou même plusieurs semaines après l'accident. Le plus souvent l'infection est complexe, les anaérobies de l'intestin y jouent un grand rôle, et le contenu hémopurulent a une odeur fétide et un aspect sale, sanieux.

Le pus, une fois formé, s'ouvre à l'extérieur ou dans un organe de l'abdomen. Il détermine autour de lui, une réaction qui aboutira quelquefois à la limitation de l'infection, mais qui pourra aussi être insuffisante à empêcher l'envahissement de la grande cavité péritonéale. C'est là la marche banale de toutes les suppurations localisées du péritoine; nous n'insisterons pas.

CHAPITRE IV

Diagnostic et traitement.

Le diagnostic se pose avec toutes les affections aboutissant à la formation d'une tumeur dans la fosse iliaque droite et accompagnées de symptômes généraux d'infection.

L'abcès périnéphrétique siège, en général, en arrière du rein, le pus a plutôt tendance à fuser vers les plans postérieurs et la réaction inflammatoire est précoce. L'abcès se présente plutôt comme une tuméfaction, un empatement lombaire, que comme une tumeur franchement abdominale. Mais le pus peut s'être collecté au niveau du pôle inférieur du rein, dans la variété sous-rénale; les fusées dans la fosse iliaque sont fréquentes dans ce cas. Le diagnostic sera alors assuré par les antécédents du malade; lithiasique de vieille date et infecté, convalescent d'une fièvre grave, ancien traumatisé de la région lombaire, et par la réaction du psoas contracturé, ainsi que par les névralgies sur le trajet de la XII^e paire intercostale ou sur les abdomino-génitaux.

La fièvre n'est pas un signe différentiel. Dans le cas de M. Walther la température a atteint 40° et dans le cas observé à l'Hôtel-Dieu elle a atteint 39°. Nous avons insisté au chapitre des symptômes sur cette fièvre aseptique.

La psoïtis, outre des conditions étiologiques nettes, traumatisme, infection puerpérale, suppuration du voisinage, a pour elle ses signes réactionnels musculaires typiques : contracture précoce et position spéciale de la jambe en flexion, abduction et rotation en dehors. Quant à la tumeur formée par la psoïtis, elle est souvent si peu marquée qu'on ne peut guère se baser sur ce signe extérieur pour asseoir un diagnostic. N'a-t-on pas cité des cas où, sur la table d'autopsie, l'incision du fascia iliaca fut nécessaire pour que la tuméfaction apparût nettement ? Les observations que nous reproduisons ne signalent pas d'ailleurs la contracture du psoas-iliaque. Il semble donc que ce signe, constant dans la psoïtis, fréquent dans certaines coxalgies, ne permette pas la confusion.

Les adénopathies aiguës et subaiguës de la fosse iliaque interne paraissent n'avoir entraîné aucun signe objectif local, aucune modification fonctionnelle pouvant simuler les hématomes que nous avons étudiés. Les conditions étiologiques limitées de leur production rendent inutiles une plus longue discussion.

Nous pouvons aussi passer rapidement sur la discussion du diagnostic différentiel avec le cancer du cœcum et la tuberculose cœcale. La marche essentiellement chronique, le retentissement précoce du côté du calibre

ntestinal, les alternatives de diarrhée et de constipation, les selles sanglantes sont des signes qui indiquent nettement la nature de l'affection.

La distension aiguë du bassin, par coudure de l'uretère au cours de la migration du rein flottant, peut s'accompagner de douleurs et de symptômes généraux rappelant ceux que présentèrent les malades dont nous rappelons l'observation. Les antécédents, la vacuité de la fosse lombaire, la réaction péritonéale moindre, la diminution de l'urine émise suivie d'une débâcle, la perception d'une tumeur mobile, sont autant de signes qui feront rattacher les accidents à leur vraie cause.

La torsion du pédicule d'un kyste ovarique s'accompagne de phénomènes généraux analogues à ceux résultant de la production brusque d'un épanchement sanguin dans le péritoine. Brusquement, un empâtement, une tuméfaction apparaissent, tuméfaction qu'il est à peu près impossible de délimiter tant la douleur et la contracture des parois rendent l'examen difficile. L'interrogatoire de la malade donnera, il est vrai, des renseignements précieux, le toucher vaginal montrera l'élévation et la déviation utérine habituelles en pareil cas ; mais si le kyste est petit, s'il est passé inaperçu jusque-là, si son pédicule lui a permis d'évoluer vers la fosse iliaque droite, on conçoit que le diagnostic avec l'appendicite devra être longuement discuté.

Signalons, sans nous y attarder, la salpingite aiguë et passons au diagnostic différentiel avec l'appendicite. Ni dans le cas de M. Walther, ni dans le nôtre, ce diagnostic n'a pu être fait. Sans doute, dans le cas de M. Walther,

un symptôme de premier ordre était fourni par l'interrogatoire. La malade accusait une modification dans sa dernière menstruation. Les règles, qui d'ailleurs étaient apparues à la date habituelle, avaient été peu abondantes et avaient duré presque un mois. Ce fait, survenant chez une femme habituellement bien réglée, avait une haute signification. Nous savons en effet que, dans les grossesses extra-utérines, si les règles ne sont pas toujours franchement supprimées, elles sont souvent modifiées soit dans leur durée, soit dans leur abondance. C'était là le seul signe, et l'on voit combien il était difficile à interpréter, qui pût mettre sur la voie du diagnostic.

Mais chez le malade qui fait l'objet de l'observation II, quel indice aurait pu faire éviter l'erreur? Aucun. Ce n'est pas le siège de la douleur initiale, car dans l'appendicite ce siège est variable. Ce n'est pas l'intensité de la douleur. Maintes fois, avec d'énormes lésions appendiculaires, la douleur est minime, et, chose curieuse, signalée par M. Jalaguier, c'est précisément dans le cas de péritonite putride, généralisée d'emblée, que l'on observe cette atténuation de la douleur et de la réaction péritonéale. Ce n'est pas la marche de la température, car on sait combien sont variables les courbes thermiques au cours de l'appendicite.

Rien ne pouvait donc faire éviter l'erreur. Notre observation ne comporte pas malheureusement l'étude méthodique du pouls. Comme dans toute hémorrhagie sérieuse, il devait être accéléré et plus ou moins affaibli traduisant l'abaissement de la pression artérielle, mais il

est douteux que ses variations, comparées à celles de la température, eussent pu éclairer le diagnostic.

La rupture d'une grossesse extra-utérine, alors que l'épanchement se fait d'une façon classique dans la cavité du petit bassin ou dans les ligaments larges, est habituellement facile à reconnaître. Outre les données fournies par l'interrogatoire, le toucher, les modifications de l'utérus, le siège de la collection seront des symptômes précis. Mais dans les cas où, par suite de la position vicieuse de la trompe et du kyste fœtal, la collection sanguine se sera produite dans la fosse iliaque, sera-t-il possible d'éviter l'erreur et de distinguer l'hématome d'une appendicite ? La coïncidence possible, quoique rare, d'une appendicite et d'une grossesse extra-utérine mettra toujours un point d'interrogation au diagnostic.

Pour être complet et pour montrer combien est parfois insolite l'apparition brusque d'une tumeur dans la fosse iliaque accompagnée de phénomènes de réaction péritonéale, nous rappellerons le cas de Prescott Howett, cité par Bouilly dans sa thèse, où un épanchement d'urine se manifesta par une tumeur de la fosse iliaque droite, tumeur qu'accompagnèrent deux autres tumeurs semblables, l'une au-dessus du pubis, l'autre dans la fosse iliaque gauche, et dont l'apparition fut éclairée par le passé urinaire du malade et par l'examen de l'urèthre.

Le diagnostic de poche sanguine aseptique n'ayant pu être fait et l'intervention ayant abouti à l'évacuation de la poche, nous ne pouvons préciser ce qui serait advenu d'elle si elle avait été abandonnée à son évolution spontanée. Peut-être l'infection se serait-elle produite ; l'hé-

matome n'aurait plus été alors qu'un abcès de la fosse iliaque et comme tel son incision s'imposait. Peut-être aussi l'épanchement serait-il resté aseptique, la résolution se serait faite lentement, mais les malades auraient conservé longtemps de la gêne des mouvements et des troubles digestifs. Les adhérences péritonéales fatales auraient été pour eux un danger constant en raison de la possibilité de torsion et de coudure de l'intestin.

L'évacuation de la poche et son drainage ayant été suivis de guérison dans les deux cas, il n'est pas douteux que ce ne soit là la méthode de choix.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Grossesse tubaire rétro-cœcale avec hématoçèle lombo-iliaque

(WALTHER)

Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale (1897)

Mathilde S..., âgée de 36 ans, blanchisseuse, entre le 4 août 1897, à l'hôpital de la Charité, salle Velpeau, n° 27.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 72 ans, diabétique six frères ou sœurs dont cinq morts en nourrice.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à huit ans, angine diphthérique à 25 ans.

Réglée à 16 ans, régulièrement, mariée à 18 ans; à 19 ans un enfant à terme; depuis, cinq enfants.

La malade a des accidents de gastrite éthylique depuis une dizaine d'années.

Les dernières règles remontent au 15 juin, mais elles ont duré, peu abondantes il est vrai, jusqu'au 5 juillet.

Maladie actuelle. — Le matin du 11 juillet, la malade en se levant, éprouve sans cause appréciable, une douleur brusque très vive dans tout l'abdomen, un peu plus accentuée cependant du côté droit. Pas de vomissements, pas de fièvre.

Dans la journée, la douleur disparaît et la malade peut sortir de chez elle et manger comme à l'ordinaire.

Le 12, en se levant, elle est reprise de la même douleur dans tout le ventre, mais, cette fois avec localisation plus vive et plus nette dans la fosse iliaque droite. Voulant faire quelques pas, elle est prise de frissons, de lypothymie et se met au lit. Repos absolu, morphine, glace.

La douleur se calme assez pour que 7 jours après, le 19 juillet, la malade essaie de se lever. Elle reste trois heures levée et la douleur reparait violente, avec la même localisation, et s'accompagne d'un vomissement bilieux, sans fièvre. Repos absolu, glace sur le ventre.

Peu à peu, les jours suivants, la température s'élève et atteint 40° le 1^{er} août. La malade est transportée à la Charité.

Examen actuel, 5 août. — Etat général mauvais.

Ventre ballonné, défense musculaire surtout à droite, palpation douloureuse; le maximum de la douleur à la pression siège au-dessus de l'épine et de la crête iliaque et se prolonge dans le flanc et la région lombaire.

A la palpation, on sent difficilement, à cause de la défense musculaire, une tumeur profonde siégeant en regard et en dessus de l'épine iliaque, s'avancant jusqu'à mi distance de l'épine et de l'ombilic, s'enfonçant profondément dans la fosse iliaque et la fosse lombaire, sans qu'il soit possible de fixer exactement ses limites supérieures.

Cette zone est submate. Pas d'ascite.

Au toucher : col normal, culs-de-sac souples.

Diagnostic. — Appendicite avec foyer probablement rétro cœcal.

Opération le 6 août.

Lavage, incision au-dessus de la crête iliaque droite.

Une couche d'épiploon adhère au péritoine pariétal. Les adhérences ne sont pas fortes; elles se laissent facilement décoller par le doigt qui pénètre dans la cavité en suivant la lèvres inféro-externe de l'incision. A ce moment, au lieu du flot de pus attendu, sort un jet de sang noirâtre, puis rouge; le sang est liquide sans traces de caillots.

Le doigt introduit dans la plaie, dirigé en bas et en dedans, arrive dans une cavité mal limitée par des adhérences molles, doublées de caillots qui s'effritent. Le sang continuant de couler à flots, la cavité est tamponnée; puis l'incisien est prolongée en haut; ce qui montre que la cavité se continue dans la fosse lombaire.

Les lèvres de la plaie écartées, on voit dans la fosse iliaque une tumeur ovoïde du volume d'un gros œuf de poule ayant l'aspect d'un anévrysme rompu, mais la tumeur n'a aucune connexion avec l'artère iliaque, un pédicule solide la maintient à son pôle inférieur. La main la contourne dans le reste de son étendue et ramène de la partie supérieure de la cavité, qui remonte sous le foie, un embryon de 3 centimètres.

La tumeur est une trompe remplie de caillots. Elle est enlevée après suture du pédicule.

Les limites de la poche sont les suivantes : En haut, la face inférieure du foie, en bas, le fond de l'utérus qu'elle déborde en avant et en arrière ; en dehors, le colon ascendant et le cœcum.

Tamponnement de la cavité, drainage, suites normales.

Guérisson et sortie de la malade le 28 octobre.

L'examen de la pièce fait par M. Pilliet donne les résultats suivants :

Grossesse tubaire. — La paroi tubaire s'amincit progressivement et se confond avec la couche de fibrine qui enkyste le caillot par un processus analogue à celui qu'on trouve dans la formation des anévrysmes. Il n'y a donc pas de déchirure distincte. L'hémorrhagie se fait par poussées successives dont chacune rompt l'enduit de fibrine, enduit qui se reforme sur elle sitôt les caillots formés.

M. Walther fait suivre cette observation des réflexions suivantes :

La grossesse tubaire a donc eu ici son évolution ordinaire, rupture de la trompe, épanchement de sang abondant dans le

péritoine. enkystement consécutif de cet épanchement sanguin. seul le siège de la tumeur est anormal. La trompe s'était glissée sous le méso-cœcum pour venir s'étaler dans la fosse iliaque et, au moment de la rupture, l'hématocèle s'était faite en dehors du cœcum et du colon ascendant, remontant dans la fosse lombaire, au devant du rein, jusqu'à la face inférieure du foie.

Je n'ai pu trouver aucun fait semblable dans la littérature et c'est à titre d'exception que j'ai cru devoir publier cette observation.

Le siège de la tumeur entraînait fatalement l'erreur de diagnostic surtout en l'absence de toute manifestation utérine ou péri-utérine. Sans doute les dernières règles qui remontaient au 15 juin avaient été suivies d'un léger écoulement sanguin pendant une quinzaine de jours, et, en pareil cas, la présence d'une tumeur pelvienne aurait permis d'arriver à un diagnostic précis.

La douleur accusée depuis le début des accidents par la malade, dans la fosse iliaque droite, la constipation habituelle, la fièvre qui s'était élevée à 40° quelques jours avant l'opération, et surtout la constatation de cette volumineuse tumeur rétro cœcale étaient autant de signes trompeurs qui ont détourné l'attention des légers troubles menstruels attribués à l'évolution de l'appendicite et de l'abcès iliaque.

OBSERVATION II

Nous devons cette observation à l'interne de la salle, M. Huguier.

Henri B... 33 ans, marchand de vin, entre le 24 septembre 1900 à Saint-Landry, lit n° 26, dans le service de M. le professeur Duplay.

Le 21 septembre, vers 4 heures du soir, le malade est pris

subitement d'un violent point de côté siégeant dans la partie gauche de l'abdomen, Des nausées, des vomissements alimentaires apparaissent bientôt.

Les douleurs augmentent dans la soirée et ne tardent pas à s'irradier à tout l'abdomen. Les moindres mouvements sont très douloureux et le malade est cloué au lit.

Il entre à l'Hôtel-Dieu le 24 septembre 1900.

Examen. — Tout l'abdomen est sensible à la pression. La paroi cependant se laisse assez bien déprimer, sauf dans la fosse iliaque droite où la douleur est extrême, la défense musculaire nette et le point de Mac Burney typique

La palpation douce finit par montrer l'existence d'un plastron remontant en haut jusqu'à l'ombilic et dépassant un peu en dehors l'épine iliaque antéro-supérieure. La tumeur répond par son bord inférieur à la partie moyenne de la fosse iliaque. Il est plus difficile de fixer sa limite interne à cause de la contracture des grands droits.

La température est élevée : le soir de l'arrivée du malade, elle atteint 38°5.

Le diagnostic d'appendicite ne semble faire aucun doute. L'évolution montrant que cette appendicite se refroidit, on attend une quinzaine de jours et, le 8 octobre, après une période d'apyrexie de dix jours, période pendant laquelle les symptômes réactionnels locaux ont cédé, on intervient.

Opération. — Incision de Roux, on tombe bien vite sur une poche noirâtre, violacée, fluctuante, à laquelle adhèrent les anses intestinales voisines ; celles-ci peuvent être décortiquées suffisamment pour que la poche puisse être incisée largement. On s'attend à voir jaillir un flot de pus et à la stupéfaction des assistants il sort un jet volumineux de sang liquide. De couleur noirâtre, il présente tous les caractères du sang dissous et laisse sur le linge de larges taches ; leur extension rapide atteste sa

parfaite fluidité. On ne remarque aucun caillot ni aucun grumeau ; il ne se dégage aucune mauvaise odeur.

La poche est volumineuse comme un poing d'adulte. Le doigt introduit en perçoit nettement les limites qui sont les suivantes : en bas, l'arcade crurale, en dedans la ligne médiane, en haut une ligne convexe remontant jusqu'à trois travers de doigt des fausses côtes. La poche est partout tapissée de caillots mous diffluent.

Les suites opératoires sont aussi bonnes que possible. La température s'élève un peu les jours qui suivent ; elle atteint même 39°5 le cinquième jour, mais elle revient vite à la normale et le malade sort de l'hôpital guéri.

OBSERVATION III

(Thèse d'agrégation de M. Bouilly, page 153.)

Apoplexie rétro-péritonéale

(*Aertztl. Mittheilungen aus Baden*, 1874, n° 8.)

Femme de 27 ans, au deuxième mois de la grossesse est prise subitement de douleurs extrêmement vives dans l'abdomen et de phénomènes semblables à ceux de l'hématocèle périutérine. Phénomènes de péritonite diffuse pendant les premiers jours, puis tumeur volumineuse s'élevant jusqu'à quelques centimètres au-dessus de l'ombilic et s'étendant latéralement jusqu'aux épines iliaques. Fièvre vive, douleur locale, phlegmatia des deux jambes et des grandes lèvres.

L'ouverture est faite sur la ligne médiane ; elle donne issue à un flot de sang putréfié. Une certaine amélioration avec diminution de la fièvre se produit. Mais la malade est atteinte de tuberculose pulmonaire avec diarrhée profuse et meurt.

Autopsie. — Exsudat péritonitique, adhérences intestinales,

tumeur fluctuante dans le tissu cellulaire sous péritonéal ; soulèvement du péritoine épaissi, cavité remplie de sérosité trouble.

A l'époque où ce cas fut observé, l'appendicite n'était pas encore connue. Aujourd'hui le diagnostic s'imposerait avec une appendicite accompagnée d'un gros empâtement péri-appendiculaire, l'appendice étant dirigé en bas et en dedans.

CONCLUSIONS

1° Il peut se faire dans la région de la fosse iliaque droite des épanchements sanguins, apparaissant brusquement, et dont la marche est identique à celle d'une appendicite.

2° Le siège de ces collections est variable ainsi que leur cause :

Le tissu cellulaire sous-péritonéal (obs. III, rupture d'une grossesse extra-utérine), la cavité péritonéale elle-même (obs. I, rupture de grossesse tubaire), la gaine du psoas (rupture spontanée du psoas, vue par Virchow).

3° La rupture des veines utéro-ovariennes variqueuses du fait de la grossesse, la rupture de veines spermaticques variqueuses du fait d'un varicocèle sont vraisemblables et possibles, quoiqu'aucun cas indiscutable n'en ait été signalé jusqu'à présent dans cette région.

4° L'incision et le drainage de la poche sont le traitement de choix de ces collections.

VU : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
TILLAUX

VU : LE DOYEN,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BOUILLY. — *Thèse d'agrégation*, année 1880.
- CHANTEMESSE. -- *Presse médicale* du 7 décembre 1898, p. 329.
- CORNIL et RANVIER, *Traité d'histologie pathologique*.
- FREDERICQ et NUEL. — *Eléments de physiologie humaine*, année 1899.
- JALAGUIER. -- Société de chirurgie, juillet 1895.
- HAYEM. — Société de biologie, 1866.
- LABADIE — LAGRAVE et LEGUEU. — *Traité médico-chirurgical de gynécologie*, page 118.
- METCHNIKOFF. — *Pathologie comparée de l'inflammation*.
- NÉLATON. — *Thèse*, 1880.
- POPOFF. — Ueber die Veranderungen des muskelgewels bei einigen Infections Krankheiten in *Arch. fur Path. Anat. und Physiol.* t. LXI.
- RICHEL. — *Anat. med. chir.*, p. 815.
- WALTHER. — *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale de Pozzi*, année 1897.
- VIRCHOW. — *Die Krankh, Geschwulste... etc.* 1863.



BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE F. DEVERDUN.
